



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR ETT GOTT VÅRDMÖTE

Med inriktning på patienter med
självskadebeteende

Marie Alpsten, Linn Magnusson

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht 2015
Handledare:	Sepideh Olausson
Examinator:	Nils Sjöström
	Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Titel (svensk)	Förutsättningar för ett gott vårdmöte – med inriktning på patienter med självskadebeteende.
Titel (engelsk)	Prerequisite for a caring encounter concerning young people with self-harming behavior.
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht 2015
Författare	Marie Alpsten, Linn Magnusson
Handledare:	Sepideh Olausson
Examinator:	Nils Sjöström

Sammanfattning:

Självskadebeteende är ett fenomen som inte är ovanligt i dagens samhälle. En skolundersökning från år 2011 visar att 32-42 % någon gång har skadat sig själv och studier bland en normalpopulation visar på en förekomst på 2-6 %. Vårdmötet och den relation som uppstår mellan patient och vårdpersonal är en grund i vårdandet och kan i stor utsträckning påverka patientens välbefinnande. Examensarbetet syftar till att beskriva förutsättningar för ett gott vårdmöte mellan vårdpersonal och unga med självskadebeteende. En litteraturstudie baserad på kvalitativa studier genomfördes och är skriven ur både patientens och personalens perspektiv då det skulle ge en ofullständig bild av vårdmötet om det undersöktes från endast ett av de båda perspektiven. Tre huvudkategorier framkom i studiens resultat: Professionellt bemötande, Vårdrelation och Vårdens struktur. Professionellt bemötande handlar om vårdpersonalens egna känslor och kompetens samt dess betydelse för mötet med unga patienter med självskadebeteende. Temat vårdrelation handlar om hur personalens bemötande, attityd och inställning påverkar relationen mellan patient och personal samt vikten av att ett förtroende byggs i relationen. Vårdens struktur behandlar betydelsen av en strukturerad organisation som ger tid, stöd och kompetens för vårdpersonal. Ett vårdmöte som skapar förtroende, trygghet och en självkänsla hos patienten är grundläggande för ett gott vårdande av patienter med självskadebeteende. Det är viktigt att vårdpersonal är medvetna om hur viktigt vårdmötet är för dessa patienter, att personalen möter dem med empati och att en god relation skapas och upprätthålls. Som vårdpersonal bör därför detta ingå i den grundläggande utbildningen.

Nyckelord:
 Självskadebeteende
 Vårdmöte
 Förutsättningar

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Begreppet självskadebeteende	1
Epidemiologi	1
Orsaker	2
Behandling	3
Teoretisk referensram	4
Vårdmöte.....	4
Vårdrelation	4
Problemformulering	6
Syfte	6
Frågeställningar.....	6
Metod	7
Begreppsförklaring	7
Litteratursökning och urval	7
Kvalitetsgranskning	8
Dataanalys	8
Etiskt resonemang.....	8
Förförståelse	8
Resultat	9
Professionellt bemötande	9
Personcentrering och engagemang	9
Attityder och inställningar	10
Emotionell respons.....	11
Vårdrelation	11
Tillit och Förtroende	11
Personkemi.....	12
Sekretess	12
Vårdande samtal.....	13
Vårdens struktur	13
Tid och resurser.....	13
Vägledning och kollegialt stöd	14
Utbildning och kompetens	15

Vårdens tillgänglighet	15
Diskussion	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	17
Vårdens tillgänglighet	18
Slutsats och tillämpning	18
Referenslista	20
Bilaga 1 - Söktabel	23
Bilaga 2 - Artikelpresentation	24

Inledning

Det finns många olika sätt att hantera psykisk ohälsa på. Vissa söker tröst hos vänner, andra begraver sina mörka tankar inom sig. Vissa använder alkohol eller droger som en lösning och andra skadar sig själva. Självskadebeteende som ett uttryck för psykisk ohälsa kan drabba individer från alla samhällsklasser. Dessa personer söker många gånger sjukvården, men det finns inga givna ingångsportar. Det är därför viktigt att sjukvårdspersonal inom alla discipliner har en grundläggande förståelse för personer med självskadebeteende, för att möta dessa personer med medmänsklighet, värdighet och respekt. Kunskap i hur ett vårdmöte kan utformas på bästa sätt är nödvändigt för att kunna ge den omvårdnad och bemötande som främjar patientens välmående (Lindgren 2014). Författarnas intresse för detta ämne väcktes bland annat i samband med verksamhetsförlagd utbildning och ledde till en önskan om större kunskap om området. Således fokuserar denna uppsats på förutsättningar för ett gott vårdmöte mellan personal och unga personer med självskadebeteende.

Bakgrund

Begreppet självskadebeteende

Självskadebeteende kan ses som antingen indirekt självskadande handlingar som exempelvis ätstörningsproblematik och missbruk eller självskadande handlingar som är direkt fysiskt skadande, vilket fokus kommer ligga på i den här studien. Det bör även skiljas på självskadehandlingar med suicid som avsikt och icke-suicidalt självskadebeteende. Dock kan intentionerna med självskadandet i många fall vara otydliga och kan exempelvis starta med ett icke-suicidalt beteende som senare leder till självmord. Det kan därför vara svårt att särskilja dessa begrepp (Bjärehed, 2012). I Sverige används begreppet självskadebeteende mestadels när det gäller det som internationellt kallas "non-suicidal self-injury". Icke-suicidalt självskadebeteende har idag ingen egen sjukdomsdiagnos enligt diagnostiseringsverket DSM-5, utan ses som ett beteende (ibid).

Epidemiologi

I en rapport av Socialstyrelsen (2004) framgår det att flertalet studier har gjorts om självskadebeteende men trots detta är det svårt att få en övergripande bild av problemet. Det är svårt att avgränsa området och mörkertalet av självskadande individer är stort då de ofta döljer beteendet för omgivningen. Många skäms över situationen och flertalet söker inte vård för de skador som de vållar sig själva. Enligt en studie av McAndrew och Warne (2005) är direkt och indirekt egenorsakade skador den vanligaste anledningen i världen till varför kvinnor läggs in på sjukhus av medicinska anledningar. Egenorsakade skador är i det fallet framförallt förgiftning (alkohol och droger), ätstörningar och självskadebeteende. Undersökningar från 1960- och 1970-talet visade redan då på ökande prevalens av självskadebeteende (Windfuhr & Kapur, 2011). Enligt Folkhälsomyndigheten (2014) har kvinnor i Sverige med självskadebeteende mellan 15-24 år haft ett ökat behov av sjukhusinläggning sedan 1990-talets början för att nå en topp 2007. Efter det har antalet sjunkit något men är idag fortfarande betydligt fler än under 1990-talet. För övriga kvinnliga åldersgrupper har kurvan sett relativt stabil ut över åren. För männen var det gruppen 25-44 år som sökte mest vård för självskadebeteende fram till 1998, därefter sjönk åldern för flest inläggningar på sjukhus till 15-24 år för män. Vid jämförelse mellan länder i Europa fanns

högst frekvens för män med självskadebeteende i Finland (327/100.000) och lägst i Turkiet (35/100.000). För europeiska kvinnor var det högst frekvens i Frankrike (504/100.000) och lägst i Turkiet (81/100.000). Även andra studier talar för stora skillnader mellan olika regioner (Windfuhr & Kapur, 2011).

Det finns det en stark koppling mellan självskadebeteende och förhöjd självmordsrisk (Lindgren, 2014). Data talar för att personer med ett självskadebeteende har 30-200 gånger högre risk för självmord. Dock finns det regionala skillnader även här. Som exempel är självmordstalen höga i Östeuropa, medan det inte är lika vanligt med självskadebeteende i detta område som i andra regioner. Inom Storbritannien är det lika vanligt med självskadebeteende i de olika delarna av landet, medan självmordstalen är dubbelt så höga i Skottland som i England. Det varierar även mellan olika etniska grupper inom samma land. Skillnader i vanligaste tillvägagångssätt av självskadebeteende kan ses mellan olika länder exempelvis beroende på vilken tillgång det finns till giftiga substanser eller droger (Windfuhr & Kapur, 2011). En rapport från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) med skolundersökningar bland ungdomar gjord 2011 visar att 32-42 % har skadat sig med vilje någon gång, medan 15-20 % rapporterar att de har skadat sig vid minst fem tillfällen (SBU, 2015). Lindgren (2014) framhåller att studier bland normalpopulationen visar på att 2-6 % har ett självskadebeteende. Det finns en viss risk för spridningseffekt när det gäller självmord och självskadebeteende, det vill säga att beteendet hos en individ kan få andra att upprepa samma beteende. Detta har gjort att sjukvårdspersonal i vissa fall varit rädda att tala om det, för att inte inspirera destruktivt beteende. Vissa författare menar dock att det finns sätt att sprida information kring ämnet utan att det höjer risken för självdestruktivitet (IKOS, 2013).

Repetition av självskadebeteende är inte ovanligt. Det vanligaste är att en repetition sker inom en kort tid efter en episod av självskada. Bland sjukhusvårdade repeterade ungefär 15-16% inom ett år. Förlängdes uppföljningstiden till flera år ökade andelen till 20-25%. Ett urval av associerade faktorer för repetition är ung ålder, låg utbildningsnivå, impulsivitet, tidigare självmordsförsök och psykisk sjukdom. Däremot är det prediktiva värdet av sådana faktorer låg, och därför är den kliniska användbarheten av dessa faktorer begränsad (Windfuhr & Kapur, 2011). Windfuhr och Kapur (2011) menar även att hos patienter som vårdats på sjukhus på grund av självskada var risken för genomfört självmord inom ett år ca 2 %. Vid uppföljningstid på över nio år steg siffran till runt 7 %.

Orsaker

Självskadebeteende är ofta ett uttryck för stark ångest. Det finns många olika bakomliggande orsaker och ofta förekommer det i samband med någon psykiatrisk diagnos som till exempel borderline personlighetsstörning, ätstörningsproblematik, bipolär sjukdom, depressioner, missbruk eller ångest (Lindgren, 2014). Det är inte ovanligt att individen har med sig traumatiska erfarenheter från sin uppväxt som exempelvis sexuellt utnyttjande och misshandel som påverkar den psykiska hälsan och kan leda till självskadande. Det är även vanligt att föräldrarna har en historia av psykiska problem som depression och missbruk. Som ung är det inte ovanligt att man brottas med existentiella frågor, identitetstillhörighet, problem med självkänslan eller på andra sätt upplever sig annorlunda eller utanför, (McAndrew & Warne 2005). Detta innebär att unga personer kan vara mer sårbara. Baker, Wright och Hansen (2013) skriver att traumatiska händelser som inträffat innan utvecklingen av "vuxna" copingmekanismer kan leda till självskadande.

Baker et al. (2013) ger i en kvalitativ intervjustudie exempel på orsaker till att viljan att skada

sig utvecklas och önskade effekter av det. Exempelvis kan det vara för att uppleva kontroll över sig själv och sin situation, det kan vara för att för en liten stund överföra den inre smärtan till fysisk smärta eller att ångesten släpper vid skadehandlingen och då upplevs en lättnad. Det kan även handla om att de känner sig ensamma, utanför eller för att visa andra hur dåligt de mår och att på så vis få uppmärksamhet. McAndrew och Warne (2005) ger exempel från sin intervjustudie på en patient som ansåg sig ovärdig kärlek och omtanke och att den upplevelsen låg till grund för ett destruktivt beteende. En annan patient i samma studie använde självskadandet för att lätta på den emotionella smärtan. En annan upplevde att synen av blod gav en känsla av att vara mänsklig och kunde då koppla det inre livet med det yttre och fysiska. Lindgren (2014) beskriver beteendet som en identitet och att de kan uppleva det som att "skada mig är det enda jag kan". Det kan även upplevas tillåtet att vara snäll mot sig själv under tiden en kroppsskada läker. Lindgren (2014) skriver att personer som självskadar ofta är medvetna om att beteendet inte är nyttigt för dem i längden, men att kunna fly från ångesten och uppleva befrielse och lättnad för stunden väger tyngre.

Behandling

Självskadebeteende behandlas utifrån patientens individuella situation och syftar till att behandla både de bakomliggande orsakerna och till att stoppa självskadehandlingarna (BUP, 2014). Samtalsterapi kan vid behov och önskan kombineras med farmakologisk behandling¹. En vanlig start på behandling av beteendet är enligt Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) att genom samtal utforska vad patienten kan se som alternativ till skadehandlingar i en situation då de upplever ett behov av att skada sig själv. Exempel på alternativ kan vara att gå en promenad, lyssna på musik, äta något, eller andra saker som leder uppmärksamheten mot något annat än självskadebehovet (ibid). En vanlig behandling mot självskadebeteende är dialektisk beteendeterapi (DBT) som är en form av kognitiv beteendeterapi. Den beskrivs av Socialstyrelsen (2005) som en metod som från början utvecklades just för självskadande och självmordsbenägna personer med borderline personlighetsstörning. Syftet är att patienten ska lära sig att hantera ångest på ett konstruktivt sätt, få balans i känslolivet och att få redskap för att kunna hantera sin vardag. För att starta en DBT-behandling kräver det att patienten själv har en vilja att förbättras och jobba mot att bli av med självskadebeteendet. Patienten har själv ansvar, men får stöttning och bekräftelse av terapeuten och har möjlighet att ta kontakt med terapeuten även mellan träffarna för att få hjälp vid risk för ett destruktivt beteende. Terapin består både av individuell terapi och gruppterapi och brukar pågå i ett år med möjlighet till förlängning. Under en DBT-behandling studeras utlösande faktorer till destruktiva beteenden och vad som ligger till grund för de starka känslorna. Patienten får sedan redskap för att kunna hantera situationer där självskadeakten varit en utväg på andra sätt, och får verktyg för att lära sig stå ut i situationer med starka och svåra känslor (ibid).

Evidensbaserad omvårdnad och sjuksköterskans etiska ansvar

Enligt International Council of Nurses (ICN) är sjuksköterskans yttersta ansvar att ge omvårdnad till människor i behov av vård (2014). För att kunna ge bästa möjliga omvårdnad krävs att alla arbetar utifrån vetenskap och den erfarenhet som finns sedan tidigare och anpassa det till patientens individuella situation och önskemål (SBU, 1999). Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor finns även ett ansvar i att upprätthålla sin kompetens och arbeta evidensbaserat (ICN, 2014). Att arbeta evidensbaserat innebär att kunna hämta, granska och använda sig av tillförlitliga forskningsresultat för att applicera detta i sitt arbete (SBU, 1999).

¹ Vilket inte kommer att behandlas vidare då det faller utanför ramarna för uppsatsen.

Sjuksköterskans arbete ska genomföras under ett etiskt resonemang med de mänskliga rättigheterna som grund där värdighet, respekt, medkänsla, integritet och autonomi är exempel på rådande etiska principer (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Att föra ett etiskt resonemang kring vårdens utformning och hur den kan utvecklas till det bättre är ett ansvar som all vårdpersonal bär med sig. Etiska värdegrunder är något som ofta finns utformat som en grund att stå på i vårdandet och som hjälper personalen att samlas kring etiska principer (Gedda & Snellman, 2009).

Teoretisk referensram

Personcentrerad vård valdes som teoretisk referensram till studien eftersom att det är en grundläggande princip i vårdmötet och i arbetet kring patienten. Begreppet har sitt ursprung i en holistisk människosyn där fokus istället för att endast riktas mot organ eller diagnos riktas på att patienten bemöts som en hel person med erfarenheter, rättigheter, åsikter, resurser och styrkor. Ekman et al. (2011) lyfter fram tre grundvalar för personcentrerad vård. För det första är partnerskap en viktig del, där patientens historia och syn på sitt problem beaktas i vårdarbetet. För det andra är delaktighet en grund där patienten involveras i beslutsfattande gällande den egna vården och den tredje grundvalen är dokumentation av patientens delaktighet, dennes uttryckta behov och önskningar. Detta för att lika stor vikt ska läggas här som på medicinska rapporter. Personcentrerad vård är i högsta grad aktuellt i arbetet med patienter med självskadebeteende då denna patientgrupp kräver ett bemötande som hel individ då den fysiska skadan beror på ett inre lidande. Det kräver att vårdpersonalen är lyhörd för de personliga behoven och upplevelsen av situationen. Genom att patienten bemöts som individ, med respekt för integritet, värdighet och sårbarhet så kan patienten få uppleva meningsfullhet, hopp och tillit vilket är grundläggande att kunna uppleva en känsla av sammanhang och lindrat lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Vårdmöte

Vårdmötet uppstår i kontakten mellan vårdpersonal och patient och är en självklar grund för vårdandet. Dahlberg och Segesten (2010) menar att syftet med mötet är att skapa ett vårdande möte som främjar patientens hälsoprocess. Ett vårdmöte innebär enligt Holopainen, Kasén och Nyström (2014) mer än bara verbal kommunikation, att ge information eller utföra vårdhandlingar. Studien visar att patienter önskar att vårdpersonalen kan möta på ett djupare plan, bekräfta patienten i sjukdomen och lidandet och där en dialog kring ämnen som liv, död och framtid är välkommen att föras. Något som enligt studien kan förhindra ett sådant vårdmöte där patienten blir bekräftad som person är om personalen inte är fullständigt närvarande. Vårdmöten av olika god kvalitet uppstår i den kliniska verksamheten och kommer att påverka både patient och personal inför nästa vårdmöte (ibid). Trots att det i litteraturen är tydligt att ett gott vårdmöte påverkar patienten i en positiv riktning saknas det forskning som ger en översikt över viktiga riktlinjer som krävs för att vårdmötet ska kunna utformas på bästa sätt och leda till främjad psykisk hälsa.

Vårdrelation

Vårdrelationen som uppstår mellan vårdare och patient är en del av vårdmötet och den kan antingen för med sig positiva eller negativa resultat för patienten. Relationen som uppkommer mellan en patient och en vårdgivare skiljer sig från vanliga sociala relationen i den bemärkelsen att de inte är på lika villkor med en jämlikhet mellan de involverade parterna. Många möten i vården är komplexa och sker mellan personal och patienter med svåra tillstånd i sin hälsa och sin livssituation, vilket ställer höga krav på vårdpersonalen (Snellman, 2014). Vårdpersonal berättar om upplevelser om att de finns en irritation kring just självskadande

patienter och att vårdpersonal känner frustration och ilska när de möter dem i vården. Detta väcker en oro i vårdrelationen som inte borde existera (Karman, Kool, Poslawsky & Meijel, 2015). Enligt Snellman (2014) kommer det in många anmälningar från patienter som ansett sig blivit felbehandlade och är missnöjda med den respons och bemötande de fått av vården. Detta kan bero på stressad, underbemannad personal som inte har den tid och energi som behövs för att ge ett bemötande som patienten skulle önska, men kan även bero på att patient och vårdare kommer in i mötet med olika perspektiv. Personalen kan exempelvis se objektivt på patientens berättelse och situation i syfte att gå vidare med analyser kring den fakta som finns för en behandlingsplan. Patienten däremot kanske hade förväntat sig att få berättat sin berättelse för någon som lyssnar och ger omsorg och förståelse tillbaka genom att rikta sin uppmärksamhet i större utsträckning mot innebörden av lidandet patienten upplever. Ett sakligt uppträdande kan i det fallet upplevas som en brist på omsorg och omtanke. Vårdaren kan även ha haft brist på tid eller engagemang för att utveckla sin förmåga att möta patienter i en kritisk livssituation på ett bra sätt. Som vårdpersonal kan det finnas en annan syn på vårdrelationen där den inte anses lika betydelsefull utan andra vårdhandlingar framhålls som viktigare (ibid). En studie av Snellman (2014) visar att båda parterna är medvetna om att det uppstår en relation i mötet, men vårdpersonalen är ofta omedveten om patientens sätt att se relationen och önskningar att få ut av den.

Den personcentrerade vården där patienten beaktas som en hel person, behandlas med värdighet och respekt och görs delaktig i den egna vården utgör en central del i att skapa ett gott vårdmöte. En vårdrelation kan då byggas upp som leder till att patienten stärks som individ.

Problemformulering

Självskadebeteende är ett fenomen som vårdpersonal kommer i kontakt med i många olika sammanhang. Det är vanligt att man som personal har otillräcklig kunskap i hur man bör hantera problemet och vad man skall göra för att underlätta och hjälpa patienter som skadar sig själva. Genom att tidigt fånga upp ungdomar som behöver hjälp på detta område kan också åtgärder snabbare sättas in och sedan följas upp av rätt instans. En upplevelse av goda vårdmöten redan från början för denna unga patientgrupp ger ett förtroende för vården som i längden kan ha stor betydelse för tillfrisknandet. Framför allt förbättrar kunskaper på detta område utsikterna för en förkortad tid av det psykiska lidande som ofta ligger till grund för självskadebeteende.

Syfte

Syftet med denna studie är att beskriva förutsättningar för ett gott vårdmöte mellan vårdpersonal och unga patienter med ett självskadebeteende.

Frågeställningar

Hur bör vårdpersonal bemöta patienter med självskadebeteende?

Vad krävs för att skapa en god vårdrelation med den här patientgruppen?

Metod

En litteraturstudie baserad på kvalitativa studier valdes som metod för denna studie. Enligt Axelsson (2012) är översiktsstudier en hjälp till att enklare kunna tillgodogöra sig forskningen i vårdarbetet då de ger en övergripande bild av den aktuella forskningen kring ämnet. Dessutom är litteraturstudie en lämplig metod för en kandidatuppsats (Axelsson, 2012). Arbetet är skrivet med både patientens och personalens perspektiv på vårdmötet på grund av att det troligtvis skulle ge en ofullständig bild att belysa ämnet utifrån endast ett av perspektiven. Tillsammans ger de en bredare bild av förutsättningar som krävs för att ett gott vårdmöte ska kunna skapas.

Begreppsförklaring

I studien används begreppet vårdmöte som beskriver den tid då en kommunikation pågår mellan patient och vårdare, oberoende av profession, vårdinrättning, struktur eller anledning till mötet. Artiklar som valdes innefattar studier kring patientmöten med sjuksköterskor, men även med terapeuter, psykologer och läkare för att ge en bred bild av vårdpersonals förståelse för vårdmötet. Studierna ger dock kunskap som är applicerbara för just sjuksköterskors omvårdnadsarbete på olika vårdinstanser. Begreppet vårdpersonal valdes att användas i studien, oberoende av profession, för att underlätta läsningen. Termen unga personer definierades som studiedeltagare under 30 år och valdes på grund av intresse för denna åldersgrupp. Begreppet patient kommer att användas i de studier som utgår ifrån de hjälpsökandes perspektiv oberoende av vilken vårdinstans studiedeltagarna har rekryterats ifrån.

Litteratursökning och urval

Till resultatet i denna studie hittades 10 artiklar via databaserna CINAHL, SCOPUS och PsychINFO via Göteborgs Universitets Biomedicinska bibliotek. Vid en inledande sökning i databaserna begränsades sökningen till 2005-2015, för att få fler träffar utökades sökningen till 2000-2005 i CINAHL och SCOPUS. De sökord som använts är; selfharm, nurse*, behaviour, qualitative, experience*, care, relationship, perspective och therapeutic (Bilaga 1). Svensk Mesh (2015) användes för att ge uppslag på relevanta söktermer som till exempel "nurse" och "care". "Self- injurious behavior" var den Mesh-term som beskrev det svenska ordet "självskadebeteende", men då "self harm" visade sig ge ett bredare sökresultat valdes det som huvudterm istället. Ytterligare urvalskriterier i sökningen var att artiklarna skulle vara peer-reviewed, skrivna på engelska och beröra unga personer. Dessutom inkluderades endast studier som fanns tillgängliga i fulltext på Göteborgs universitets databaser. Vidare hittades ytterligare två artiklar via referenslistor från tidigare använda artiklar.

Aktuella artiklar till studien valdes ut efter att abstract lästs igenom och de artiklar som passade in på syftet valdes ut till en mer noggrann genomläsning av hela studien. Studierna omfattar totalt intervjuer med 28 vårdpersonal och 95 patienter i åldrarna 9-28 år samt ytterligare 10 patienter via e-mail kontakt. De granskade studierna var utförda i Sverige, Storbritannien och Tyskland (Bilaga 2).

Kvalitetsgranskning

Artiklarna granskades enligt granskningsprotokollet "kvalitetsbedömning kvalitativ metod" av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011). Studierna använder sig av olika typer av analysmetoder, men kvalitativ innehållsanalys samt tolkande fenomenologisk analys är exempel på metoder som förekommer i flera av studierna. Totalt granskades 27 artiklar varav 15 exkluderades på grund av bristande kvalitet eller ett resultat som inte kunde inkluderas i studiens syfte. Granskningsprotokollet numrerades från 1-17 då det innehöll 17 olika punkter att granska (ibid). Studier som innehöll nio eller färre av dessa punkter, under 60%, bedömdes som låg kvalitet, studier med 10-13, 60-80%, bedömdes som medel och studier med 14 - 17, 80-100%, bedömdes med hög kvalitet.

Dataanalys

Studiens artiklar analyserades enligt Friberg (2006) som beskriver hur en översikt av innehållet i de kvalitativa studierna först skapas genom att de läses igenom flera gånger. Relevant resultat tas sedan ut ur de olika studierna och jämförs med varandra för att gemensamma övergripande teman av innehållet ska kunna sammanställas. Innehållet grupperas sedan i underteman och underkategorier arbetas fram som sedan presenteras (ibid).

De intressanta delarna av resultatet i de artiklar som togs fram till denna studie färgkodades och kategoriserades in i olika underteman. Indelningen arbetades sedan om ytterligare då det kvalitativa materialet inte hade en självklar uppdelning utan många av de olika underkategorierna är kopplade till varandra på olika sätt. Att gruppera underkategorierna i ett fåtal huvudteman var något som även diskuterades och arbetades fram för att den tydligaste bilden av resultatet skulle kunna visas. Följande huvudteman med flertalet underkategorier presenteras: "Professionellt bemötande", "Vårdrelation" och "Vårdens struktur".

Etiskt resonemang

Alla studier hade ett tydligt godkännande från en etisk kommitté och ett etiskt resonemang så när som på studien av Day, Carey och Surgenor (2006) där inget etiskt godkännande eller resonemang fanns att tillgå. Då artikeln hade en infallsvinkel från en något yngre population än de andra studierna och bedömdes som viktigt att inkludera kontaktades författaren som bekräftade via mejl att studien fått godkännande ifrån en etisk kommitté.

Förförståelse

Vår förförståelse påverkar det vi upplever, hör, ser, tycker och tänker. Våra handlingar påverkas av det vi vet och allt vi upplever gör vår förförståelse större. Vi kan inte förstå något utan förförståelse, vi måste lära oss att hantera och förstå situationer för att skapa en förståelse för dem (Thurén, 2010). Denna studie utgår från att mötet mellan patient och vårdpersonal bidrar med något till patientens situation, antingen till patientens fördel eller att det ger en negativ påverkan på patientens situation eller inställning till vårdgivaren, behandling eller till sig själv. En förförståelse till studien är att det mellanmänniska vårdmötet är så viktigt att vården bör verka för att goda vårdmöten som kan leda till goda resultat alltid ska erbjudas patienten. Vi utgår också ifrån att patienten står i beroendeställning till personalen som besitter kunskap och erfarenhet och som har makten att styra ett vårdmöte och fatta beslut som kommer att påverka patienten. Patientens villighet att ge en sanningsenlig bild av sin

situation och sina behov är därför viktigt för att kunna tillgodose behoven. Detta kan bara uppnås om patienten känner sig trygg, respekterad och själv är villig att öppna sig och föra en kommunikation med vårdpersonal.

Resultat

I granskad forskning framkom tre huvudkategorier: Professionellt bemötande, Vårdrelationen och Vårdens struktur. I professionellt bemötande beskrivs de känslor som vårdpersonal och patienter kan uppleva vid vårdmötet. I vårdrelationen beskrivs det som krävs för att ett gott vårdmöte skall kunna skapas. I vårdens struktur behandlar vad som krävs inom vårdorganisationen för att kunna ge en bra vård. Inom dessa kategorier framkom flertalet underkategorier som presenteras nedan.

Professionellt bemötande	Vårdrelationen	Vårdens struktur
<ul style="list-style-type: none">• Personcentrering och engagemang• Attityder och inställningar• Emotionell respons	<ul style="list-style-type: none">• Tillit och förtroende• Personkemi• Sekretess• Vårdande samtal	<ul style="list-style-type: none">• Tid och resurser• Vägledning och kollegialt stöd• Utbildning och kompetens• Valmöjligheter

Figur 1. Översikt över resultatets kategorier och subkategorier

Professionellt bemötande

Personcentrering och engagemang

Att bli sedd som en person, som en hel människa och inte bara sedd som någon med mycket problem är något som patienter i studien av Lindgren, Wilstrand, Gilje och Olofsson (2004) lyfter fram som viktigt för att stärka självkänslan. De ger även exempel på hur detta personcentrerade förhållningssätt kan göra sig tydligt; genom vänlighet, taktfullhet, och en vilja från personalens sida att ge av sin tid. Hunter, Chantler, Kapur och Cooper (2012) beskriver omsorgens betydelse i vårdmötet och hur patienter själva kunnat märka om personalen uppriktigt brydde sig om dem. Även vårdpersonal är väl medvetna om empatins och förståelsens stora roll och om att patienter med självskadebeteende ofta har tidigare erfarenheter av att bli avvisade (Thompson, Powis, & Carradice, 2008). Dock uppger personal att det finns utmaningar i att visa förståelse och empati. Intervjuad vårdpersonal i studien av Thompson et al. (2008) menar att förståelse skapar empati och beskriver ett utmanande vårdmöte med en patient som ledde till frustration hos personalen och gjorde det därför svårt att uttrycka empati. Att i en sådan situation knyta an till något hos patienten kan hjälpa till att skapa en förståelse som kan ge empati och på så sätt främja vårdrelationen.

Attityder och inställningar

För att kunna skapa ett gott vårdmöte med en patient krävs en professionalitet i personalens attityd mot patienten. En negativ inställning från vårdpersonalen är något som kan uppfattas och påverka patienten, vilket i sin tur leder till att förutsättningarna för att vårdmötet ska förbättra patientens situation minskar. McAndrew och Warne's studie (2014) framhåller att patienter ofta kan uppleva en stor skam i självskadebeteendet. Skammen gör patienten extra känslig för dömande attityder ifrån vårdpersonal och andra i omgivningen. Hunter et al. (2012) visar att patienter ofta brottas med dåligt självförtroende, känner sig "dum och mindervärdig" och att skammen gör att de dömer sig själva hårt. Idenfors, Kullgren och Salander Renberg (2015a) tar också upp problemet med att patienter ofta upplever det som en skam att söka hjälp därför att det från omgivningen inte är accepterat att må psykiskt dåligt. I en liknande situation drog sig en patient för att söka hjälp på grund av viljan att klara sig själv och inte sätta sig i en position där hon var beroende av andra (Idenfors, Kullgren & Salander Renberg, 2015b). Flera av de intervjuade patienterna var rädda för att behöva åka till sjukhuset för att de kände sig förödmjukade och upplevde att de utsatte personalen för problem och tog upp deras tid, och på så vis fick de känslan av att inte vara värdiga vården (Hunter et al. 2012; Idenfors et al. 2015a).

Upplevelser som dessa, att inte vara värd vården eller att ha ett lågt förtroende för vården på grund av tidigare erfarenheter, kan bli en barriär i vårdmötet mellan vårdpersonal och patienter och leder till att patienten "stänger sig" för de möjligheter som vårdmötet har potential att ge. Andra attityder och handlingar från personalen gentemot patienten som har en negativ inverkan på patientens upplevelse av vårdmötet är att känna att de inte blir hörda eller tagna på allvar. En patient berättade att vårdpersonalen talat om för henne att hon var i en fas som skulle komma att passera, medan en ytterligare patient fick höra att hon bara sökte uppmärksamhet (Buston, 2002). Hunter et al. (2012) tar upp ett exempel på en patient som upplevt sig tvungen att visa för personalen att det fortfarande fanns hög risk för självmord för att bli tagen på allvar och inte skrivas hem utan ytterligare åtgärder. Detta ökade känslan av stress och hopplöshet för patienten.

Negativa upplevelser och respons från personal leder till tvivel både på personal och minskar viljan att söka professionell hjälp över huvud taget. Det påverkar viljan att öppna upp sig för personalen i vårdmötet, och en erfarenhet av ett dåligt möte påverkar negativt när det handlar om att senare söka hjälp igen (Hunter et al. 2012). Patienter upplever goda upplevelser av bemötandet i vården där deras behov och mentala tillstånd tagits på allvar och vårdpersonalen ser personen bakom diagnosen. Detta ger en lättnad och leder till att personen börjar utveckla ett egenvärde och en upplevelse av att både vara värd vården och tiden (Lindgren et al. 2004) vilket i sin tur höjer förutsättningarna för att mötet mellan personal och patient ska bli bästa möjliga. Ett exempel på hur en patient upplevt förståelse från personalens sida var när personalen upprepade vad patienten berättat i form av spegling (Day et al. 2006). En noggrannhet i planeringen av behandling och uppföljning ger patienten en upplevelse av att ha blivit tagen på allvar (Idenfors et al. 2015b). Att som personal ta sig tid, sitta ner med patienten och lyssna öppet utan en dömande attityd var viktiga delar som framkom av McAndrew och Warne (2014). De beskriver att visad omsorg ses som en motsats till att bli dömd. Respekt för patientens sätt att se på sin situation, sitt liv och sin omvärld var ytterligare exempel på karaktärsdrag för goda vårdmöten i studien av Schoppmann, Schröck, Schnepf och Büscher (2007).

Emotionell respons

Det framkommer att vårdpersonal kan påverkas mentalt av dessa patientmöten som inte alltid är så lätta. Vårdpersonalen beskrivs som ovilliga att diskutera anledningarna till självskadebeteendet och att möta de bakomliggande orsakerna och känslorna på grund av risken att det skulle påverka det egna måendet (Hadfield, Brown, Pembroke, & Hayward, 2009). Enligt Thompson et al. (2008) berättade vårdpersonal att de kan uppleva ångest i arbetet med dessa patienter, att ångesten från patienterna överförs till sjuksköterskans personliga liv. Detta kan leda till att vårdpersonal gör självskadebeteendet obetydligt och inte tilldelar det uppmärksamhet i ett försök att skydda sig själva (Wilstrand, Lindgren, Gilje, & Olofsson, 2007; Hadfield *et al.* 2009). Några sjuksköterskor beskrev att de ”stängde av sina känslor” eller använde skämt och ironi för att minska känslor av maktlöshet samt i situationer som upplevdes obekväma på grund av att de inte visste hur de kunde hjälpa. (Wilstrand *et al.* 2007). Brist på förståelse för beteendet och problemen och att inte veta hur de ska vårda patienter med ändlösa problem kan vara överväldigande och leda till ett sämre möte med patienten (*ibid*). I Hadfield et al. (2009) upplevde vårdpersonalen att ett fysiskt omhändertagande kändes meningslöst eftersom patienterna ofta återkom med samma problem kort därefter. Känslor av hopplöshet, frustration och desperation uppkommer ofta under dessa patientmöten, vilket ger en negativ påverkan i mötet med patienten. I studien av Wilstrand et al. (2007) uppgav en av de intervjuade i personalen ha sett en annan vårdgivare förlora kontrollen över sina känslor, börjat skrika och tagit tag i armen på en patient.

Buston (2002) anser att många patienter uppskattar när deras personal själva hade gått igenom samma sjukdom eftersom att personalen då hade en förståelse för dem som inte andra kunde ha. Detta påstående styrker Hadfield et al. (2009) som menar att vårdpersonal med egna erfarenheter av självskadebeteende upplever att det hjälper dem att känna sig bekväma och trygga i situationen och att de därmed kan erbjuda en mer tillmötesgående attityd. En vårdpersonal upplevde att det var tillfredsställande att kunna göra en så stor skillnad i någons liv och trodde att personliga erfarenheter av vänner och familj med självskadebeteende hade gett en större förförståelse och lett till bättre vård för de egna patienterna.

Vårdrelation

Tillit och Förtroende

Tillit och förtroende är viktiga villkor för att en god relation ska kunna skapas och villkor för att som person med självskadeproblematik kunna ta sig för att söka hjälp och acceptera hjälpen som erbjuds (Thompson *et al.* 2008). Patienter i studien av Schoppmann et al. (2007) berättade att de inte kände sig trygga med att fråga personal de inte kände om hjälp eller stöd. I studien finns exempel på att patienter inte kunde tänka sig att vända sig till en tidigare okänd sjuksköterska som kom och arbetade natt- eller helgskift. Orsaken var att de ansåg att en främling ändå inte skulle kunna göra något och att den personen inte var någon att förvänta sig hjälp ifrån. En intervjuad patient var väldigt tydlig med att hon inte tänkte öppna sig eller låta någon komma nära i försök att hjälpa som hon inte hade en relation till (*ibid*). Även Day et al. (2006) ger exempel på patienter som önskat att samtal med vårdpersonal ska föras på patientens villkor och inte tvingas säga mer än de själva vill och känner sig bekväma med.

Många patienter i de olika studierna ville lära känna sin vårdpersonal för att kunna skapa ett förtroende. Trots detta beskrev en patient att de gärna vände sig till vänner eller familj med

lite lättare problem och bekymmer, men de tyngre problemen ville de hellre ta med vårdpersonal (Idenfors *et al.* 2015b). Även den hjälp de fick, de förhoppningar som gavs av vårdmöten och det omhändertagandet de fick påverkade på längre sikt vårdrelationer på ett tydligt sätt. Många patienter beskrev i studien av Hunter *et al.* (2012) att besvikelse var huvudkänslan efter att ha blivit utskriven från en inläggning på vårdavdelning. De upplevde att uppföljning efteråt inte var tillräcklig. De hade fått många löften om förbättring i sin situation av vårdpersonal, men inga större förändringar hade skett. Istället hade de blivit tillbakaskickad till sin tidigare vårdkontakt. Detta tolkades som brist på engagemang för dem, vilket sänkte förtroendet för vården och ledde till en känsla av hopplöshet. Idenfors *et al.* (2015b) tar upp en situation där en patient blivit utskriven för tidigt på grund av att patienten låtsats må bättre än hon i själva verket gjorde. Patienten hade i det fallet önskat att någon såg igenom det yttre för att nå in till hennes verkliga känslor. Att brutna löften leder till misstro och oro styrks även av Idenfors *et al.* (2015b). Trots att brutna löften ofta är destruktivt för en vårdrelation är däremot också vikten av att faktiskt våga skänka patienterna hopp i deras situation tydlig. En patient definierade ett gott vårdmöte på att patienten kunnat gå därifrån med känslan av att det fanns hopp om att bli bättre. Hoppet gav dessutom styrkan åt patienten att själv börja ta tag i saker som kunde leda till förändring. Samma studie styrker också att hopp gavs genom att ge patienten ordentlig uppföljning efter inläggning på vårdinrättning, tät kontakt med vården så att de inte behövde känna sig ensamma med sina problem (Hunter *et al.* 2012).

Personkemi

Något som var viktigt för en god vårdrelation var att personal och patienter kom överens. Det var ofta viktigare att de hittade en person de trivdes med än vilken profession vårdpersonalen hade (Idenfors *et al.* 2015a). Buston (2002) tar också upp vikten av personkemi där patienterna konstaterar att de helt enkelt kom bättre överens med viss personal och sämre med andra. Den initiala fasen av en vårdrelation beskrevs av Long och Jenkins (2010) vara den mest kritiska tiden för att skapa en god kontakt. Det är i uppstarten av relationen som patienten läser av personkemi och där antingen förtroende eller misstro byggs upp. Att vara lyssnande och personcentrerad är exempel på attityder som ansågs grundläggande i denna initiala fas. Patienter i studien av Buston (2002) lade högt värde på att slippa att byta vårdpersonal ofta. De framförde en önskan att de skulle få behålla en personal de kände sig bekväma med, eller börjat lära känna och slippa flyttas runt för mycket till olika personal.

Sekretess

I forskningen av McAndrew och Warne (2014) beskriver patienter flera aspekter på vad som gör att en relation med någon upplevs som positiv och hjälpsam. En av de mest centrala faktorerna för att känna sig trygg i relationen är att veta att det är sekretess runt samtalet och att få höra detta bekräftat från personalen som de talade med. En av deltagarna berättade att efter att hon berättat om sitt problem för någon som hon visste hade sekretess så kunde hon tillsammans med den personen bestämma att de även ville tala om det för hennes mamma. Enligt Idenfors *et al.* (2015b) upplevdes det som något negativt när vårdpersonal tog kontakt med andra instanser eller när deras föräldrar hade kontakt med vården utan att de visste om det eller deltog. Enligt Long och Jenkins (2010) kan mötena med vårdpersonal vara svåra för patienten därför att de där tvingas konfrontera sin ångest och sina problem och prata om dem, då är det viktigt att de känner sig trygga, är medvetna om sekretessen och att miljön är anpassad på ett bra sätt, vilket även Day *et al.* (2006) bekräftar i sin forskning.

Vårdande samtal

Att samtalet i vårdmötet sker på ett sätt som gör patienten villig att ge av sig själv och ta emot hjälp är en förutsättning för ett gott vårdmöte med en god vårdrelation. Till en början i en vårdrelation är det vanligt bland patienterna att vårdpersonalen ses som främlingar och därför upplevs ofta frågor som ställs som väldigt påträngande och privata och kan ge patienten en negativ attityd till personalen som påverkar vårdmötet i negativ riktning (Day *et al.* 2006). Patienterna i studien uttryckte att de önskade att först få lära känna personalen bättre innan de behövde ställas inför personliga frågor. En av de unga patienterna gav exempel på att personalen kunde börja med att berätta om sig själv eller spela ett spel tillsammans med patienten för att börja bygga en förtroendeingivande relation. När en initial relation uppstått upplevdes det som mer accepterat att få personliga frågor. Att få många frågor av olika karaktär kan också upplevas som utmattande och orsaka ångest (Day *et al.* 2006).

Att få många frågor kring sitt självskadebeteende i ett vårdande samtal kan antingen ses som stärkande eller destruktivt för vårdrelationen. Detta beroende på hur frågorna ställs och i vilket tillstånd patienten befinner sig i. En intervjuad patient blev frustrerad över att behöva förklara ”varför” hon skadade sig, eftersom att hon inte kände förtroende för vårdpersonalen. En annan patient i samma intervjustudie hade aldrig talat om för sin skolsjuksköterska att hon skadade sig själv, trots att de hade kontakt och skolsjuksköterskan visste om att patienten var deprimerad. Orsaken till det var att skolsjuksköterskan aldrig hade ställt några frågor kring det, och patienten hade därför inte vågat eller velat ta upp det själv (McAndrew & Warne, 2014). En patient i en studie av Lindgren *et al.* (2004) var frustrerad över att personalen inte vågade prata om hennes problem och uttryckte en upplevelse om att problemet behandlades som en bakterieinfektion och att personalen gömde undan problemet.

Dessa exempel visar att vårdmötet även kan påverkas negativt av patientens frustration över att personalen inte är tillräckligt personlig i sina frågor till patienten. Däremot finns det även lägen där patienten inte klarar av att få frågor. I kontrast till exemplet ovan i studien av Lindgren *et al.* (2004) beskriver en patient i studien av Schoppmann *et al.* (2007) ett läge där hon var uppgiven och nyss skadat sig själv och fick frågan av vårdpersonalen vad de kunde göra i den här situationen vilket just då gav henne ännu mer ångest. Det framkom även att patienter kan uppleva att personalen inte respekterar eller tror på dem om personalen trots att de fått ett svar på en fråga upprepade frågan om igen (Day *et al.* 2006). Att känna sig ”dum”, inte respekterad eller trodd var exempel på saker som var en vanlig erfarenhet och skapar snabbt en barriär i kommunikationen mellan patient och vårdare. Bara att ha en rädsla och misstanke mot personalen om att kunna bli sedd på det sättet gör patienterna tveksamma att våga öppna sig och även kunna ställa frågor till personalen och på så sätt påverkar det vårdmötet på ett negativt sätt (Buston, 2002).

Vårdens struktur

Tid och resurser

För att kunna ge patienten ett gott vårdmöte krävs inte bara att vårdpersonalen har ett professionellt bemötande och skapar en god vårdrelation. Vårdens struktur och organisation kring patientmötena har också en stor betydelse. I en studie önskade flera av vårdpersonalen att de inte skulle behöva vara så tidsbegränsade i sina patientmöten (Long & Jenkins, 2010) eftersom att tid är en viktig del i att skapa en förtroendefull vårdrelation. Tidsbegränsning i patientmöten lyfts även av intervjuad vårdpersonal i studien av Hadfield *et al.* (2009). Där ges

exempel från en av de intervjuade på att vårdmötet och vårdrelationen medvetet begränsades i vissa situationer på grund av tidsbristen. I det fallet skedde det genom att konversationerna avslutades så tidigt som möjligt för att personalen var rädd för att få reda på fler saker kring patientens situation som skulle vara tvungna att följas upp och på så sätt ta mer tid.

När personalen känner att de är tvungna att ge någonting som de inte har resurser för eller är kapabla till ger detta en ökad stress och frustration (ibid). Situationer som väcker dessa känslor, som exempelvis en patients manipulativa karaktär, kan göra att det ibland är svårt för personalen att veta hur de ska gå till väga för att kunna underlätta ett gott vårdmöte. Flera ur den intervjuade personalen upplevde att när de då vände sig till enheter med utbildad personal i psykiatri för att få hjälp var erfarenheten ofta att de inte fick den hjälp de behövde. I forskningen av Hadfield et al. (2009) upplevde vårdpersonalen som varit i behov av hjälp att psykiatripersonal kunde ha en lättvindig inställning. I Wilstrand et al. (2007) funderade den intervjuade personalen på hur det skulle vara om vårdpersonal hade färre patienter per arbetspass, om det fanns mer utbildad personal, tillräcklig finansiering, tillräckligt med tid och hur detta troligtvis skulle påverka förutsättningarna för ett gott vårdmöte. Enligt samma studie är det även viktigt med specialutbildad personal för patienter med självskadebeteende och inte bara tillräckliga finansiella-, fysiska- och personalresurser för att ge en bra vård.

Vägledning och kollegialt stöd

Enligt Thompson et al. (2008) är många tacksamma över stöd och hjälp som de får från sin egen personalgrupp och att stöd är viktigt för att kunna må bra som personal och kunna skapa goda vårdmöten med sina patienter. Mångas upplevelse var dock ofta att andra var för upptagna för att de skulle kunna be om hjälp eller diskutera någon situation i den utsträckning som de egentligen skulle ha behövt. Wilstrand et al. (2007) beskriver att många känner sig övergivna av kollegor och ledning i liknande situationer som Thompson et al. (2008) beskriver ovan. Personalen uttryckte en separation från kollegorna i vården kring självskadebeteende, en brist på kollegornas engagemang i uppföljningen och att inte bli hörd av ledningen. Känslorna var ibland så stora och uttröttande att de påverkade personalen i den utsträckningen att de fick sjukskriva sig. Vikten av att känna sig stöttad av kollegor och ledning är betydande för en hälsosam arbetsmiljö. Att få stöd ledde till att de inte kände sig ensamma, de kunde dela sina egna känslor, få bekräftelse och inte vara rädda för att engagera sig i patienterna och på så sätt öka förutsättningarna för att vårdmötet skulle bli så bra som möjligt (ibid).

Vårdpersonal lägger mycket ansvar på sig själva i arbetet och om patienten blir sämre är det lätt att lägga skulden på sig själv (Thompson *et al.* 2008). Flera ur den intervjuade personalgruppen pratade även om att personalen var rädd att andra skulle lägga skulden på dem om patienten valde att avsluta sitt liv. Känslan av stort ansvar ökade när det dessutom blev tidspress och personalen inte kunde ge den uppmärksamhet som de hade velat till patienterna. Den ökade även av begränsade tillgångar och ledde till att personalen kände sig överarbetad. Som sjuksköterskor i primärvården upplevde de att de fick ta patienter som ”inte passade in” på andra vårdinrättningar och även nyutskrivna patienter som inte följts upp av den inrättning de varit inlagda på. Detta väckte en frustration och ledde till att de kände sig ensamma och med ett stort ansvar. Några hade kommit tillrätta med ansvarstyngden genom att samarbeta med någon annan ur vårdteamet där de kunde diskutera saker med varandra och dela på ansvaret. Trots utmaningarna i deras arbete var de flesta i studien överens om att det också kunde ge dem väldigt mycket tillbaka (ibid).

Utbildning och kompetens

Att som personal besitta en kompetens som kan underlätta i mötet med denna patientgrupp är grundläggande. I flera studier framkommer det att många saknar den kunskap och kompetens som de känner skulle behövas för att utföra sitt arbete korrekt. I studien av Thompson et al. (2008) beskriver en vårdpersonal om att som oerfaren direkt hamna i patientmöten med självskadande patienter lätt leder till ångest över situationen.

Mötet med patienter med detta livshotande beteende som självskadande är kan även leda till känslomässig respons som osäkerhet och rädsla och ger ofta en ökad ansvarsbörda. Det beskrevs också hur mer erfarenhet på området ledde till att de kände sig säkrare på hur de skulle gå tillväga, vilket i sig gav mindre ångest hos personalen. Däremot oroade de sig över att det kunde ha effekten av att de blev mer känslolika gentemot patienterna och tappade förmågan att känna empati (ibid). Hadfield et al. (2009) visar att vårdpersonal kände att patienterna hotade deras professionella bemötande genom att vara manipulativa och svåra att hantera vilket ofta utlöste ilska hos personalen. Enligt Lindgren et al. (2004) är personalens osäkerhet och brist på mod och självförtroende i att föra samtal om självskadebeteende något som gör att patienterna börjar tvivla på personalens kompetens. Patienterna upplever en känsla av att vara värdefull när personal låter dem delta och vara med i deras egen omvårdnad och planering, få ta ansvar för egna behov och handlingar och låta dem växa i sin egen takt (Lindgren *et al.* 2004). När patienterna ser sina begränsningar (Long & Jenkins, 2010) kan de också se vad som kan utvecklas och förbättras. För att det skall fungera på ett tillfredsställande sätt behöver personalen rätt utbildning och kompetens för att hantera de situationer som kan uppstå.

Vårdens tillgänglighet

I flera av studierna framkom det att individerna som sökte hjälp för sitt självskadebeteende önskade sig möjligheten att kontakta vården på ett sätt som passade dem. Detta visar att önskade kontaktvägar till vården är individuellt och är en förutsättning både för att patienter ska ta kontakt med vården och för att det ska finnas chans för en god inställning till ett vårdmöte redan från början. En intervjuad patient önskade att ingen skulle behöva veta om självskadebeteendet och valde att vända sig till en internetbaserad hjälpservice som blev till stor hjälp och som inte heller krävde lång väntetid innan de erbjöd en hjälpsamtal vårdkontakt. Andra studiedeltagare beskrev att de hade lättare att uttrycka sig i skrift när de kommunicerade med personer de inte kände, och därför föredrog en skriftlig kontaktväg (McAndrew & Warne 2014). Förslag som framkom var kontakt via telefon, via e-mail eller personliga möten. I studien av Idenfors et al. (2015a) uttrycker en patient att kontakt med vården skulle ha tagits långt tidigare om det hade funnits en e-mailadress tillgänglig. En annan patient blev frustrerad över att slussas runt i växeln och tyckte att det var jobbigt att det inte fanns ett direktnummer till avdelningen. De beskrev vikten av att få hjälp på en gång när det var kris och att de inte klarade av att vänta på att någon från sjukvården skulle återkomma till dem.

I studien av McAndrew och Warne (2014) framkommer det att om ungdomar hade vetat om att det fanns hjälp att få för de känslor de upplevde hade de troligen inte börjat skada sig själva. Många sa att de inte visste vart de skulle vända sig för att få hjälp och några individer ansåg det som ett nederlag att behöva söka hjälp. De ansåg att de skulle kunna klara av psykologiska problem själva (Idenfors *et al.* 2015a) vilket är problematiskt för dessa individer då det försvårar för patienten att söka kontakt för hjälp. Samtidigt skulle de vilja ha tillgång

till information med ett telefonnummer eller en mottagning att gå till för att omedelbart få kontak och hjälp vid behov. De efterfrågade även information om hur mottagandet och vården fungerade efter att de sökt hjälp (ibid). Enligt Idenfors et al. (2015b) leder bristen på uppföljning för patienter till att de känner sig övergivna av vården. Att ta sig till och från vårdinrättningar kunde också vara ett problem och en källa till ångest. De gav exempel som att kunna få hembesök, få hjälp med att ta sig till kliniken eller få kontakt via telefon för att underlätta att de följde sin vårdplan (ibid). Det behövs en flexibel, tillgänglig och varierande sjukvård för att nå fram till dessa patienter och för att främja en god vård (Idenfors *et al.* 2015a).

Diskussion

Metoddiskussion

Författarna hade initialt tänkt sammanställa både kvalitativ och kvantitativ forskning för att få svar på syftet och uppsatsens frågeställningar. Det ändrades efter litteratursökningen till att bara innehålla kvalitativa studier på grund av brist på kvantitativa studier på området. Det syfte som ursprungligen användes för att hämta litteratur till studien reviderades efter att ett preliminärt resultat sammanstälts då det visade sig ha en något annan vinkel än det från början planerade. Valet av att använda oss av två perspektiv på upplevelsen av vårdmötet gjordes då studier i den initiala sökningsfasen hittades med ett intressant innehåll och bidrog med en ökad bredd i kunskapen kring ämnet. Genom att kombinera dessa perspektiv och ställa dem mot varandra kan en förståelse för båda parternas synsätt och upplevelse av vårdmötet skapas. Detta kan ge en tydligare bild av vilka åtgärder och justeringar som kan vara lämpliga i förbättringsarbetet av vården kring patientgruppen. Om däremot endast ett av de båda perspektiven lyfts fram i denna studie hade den kunnat ge en djupare förståelse och en mer korrekt spegling för hur vårdmötet upplevs för en av de studerade grupperna.

För att få fram olika typer av artiklar användes olika databaser, vilket ledde till ett bredare resultat för studien. I första hand söktes artiklar som var nyare än tio år för att prioritera den nyaste forskningen på området, men på grund av brist på material utvidgades sökningen till att innehålla något tidigare forskning och gav oss ytterligare två artiklar där den äldsta är skriven år 2002. Valet av artiklar kan ha påverkats av våra tidsramar och hade kunnat vara något annorlunda om ytterligare tid för efterforskning hade funnits. Granskningen av artiklarna kan ha påverkats på grund av författarnas brist på erfarenhet. Dock gjorde granskningen av författarna tillsammans, vilket har gett studien större trovärdighet.

De inkluderade studierna är gjorda i Storbritannien, Sverige och Tyskland. De studier som beskriver det etniska urvalet bland studiedeltagarna visar att det mestadels är homogena grupper som intervjuas där endast ett fåtal personer med annan etnisk bakgrund deltar. Detta gör att studien är applicerbar i Sverige och delar av Europa, men visar inte en generell bild över hur det ser ut över världen i övrigt. Att endast ett fåtal studier från andra världsdelar var tillgängliga beror till största delen troligtvis på att forskning kring bemötande av denna patientgrupp till största del bedrivits av europeiska forskargrupper. Ett par studier på området gjorda i Asien fanns tillgängliga, men då de inte var skrivna på engelska kunde de inte inkluderas i studien.

Studiens validitet påverkats av att författarna inte tidigare gjort någon litteraturstudie. Om studien skulle upprepas av samma författare hade den lagts upp något annorlunda. Samma

sökord skulle ha använts mer konsekvent, framtagna artiklar skulle ha granskats djupare från början och tiden hade disponerats något annorlunda. Däremot hade troligtvis inte resultat innehåll påverkats i stor utsträckning eftersom att resultatet återkom i många av de artiklarna som granskades och studien besvarar de forskningsfrågor som från början sattes upp.

Resultatdiskussion

I samtliga av resultatets teman framkommer vikten av att vårdmötet och vårdrelationen karakteriseras av personcentrerad vård. Återkommande exempel finns i de sammanställda studierna där patienter inte upplevt vårdmöten och vårdrelationer med personcentrerad karaktär, utan istället fått ett bemötande som sänkt självkänslan och gjort dem negativt inställda till att söka vård. Vikten av goda vårdmöten kommer vidare att tas upp och diskuteras kring nedan. Även vikten av att vården är flexibel när det gäller kontaktvägar för unga personer kommer att diskuteras då det återkom som exempel på något som har stor betydelse för patienten inställningen till att söka vård.

Att självskadebeteendet är ett ämne som är tabubelagt och skamfyllt framkommer, vilket leder till okunskap i hur hjälp kan sökas eftersom att ämnet undviks. Hur området kan behandlas på sätt där individerna respekteras men som undviker romantiserande av beteendet kommer författarna att resoneras kring nedan.

Samtal och vårdmöten

I Sverige eftersträvas det "lika vård för alla" (Hälso- och sjukvårdslagen, 1982:763), men samtidigt finns det studier som visar att en annan inställning kan förekomma när det kommer till patienter som skadar sig själva. Det är inte svårt att förstå att patienter som framkallar ångest, frustration och en känsla av maktlöshet (McAndrew & Warne, 2014) kan upplevas svåra att ha att göra med och kanske till och med önskar undvikas i någon grad. Att som patient efter en episod av självskada komma till exempelvis en akutmottagning i ett utsatt och sårbart tillstånd och blir bemötta med ett avståndstagande, frustration eller likgiltighet är det inte svårt att förstå att de upplever sig bli dömda och dåligt bemötta. Om dessa individer väljer att inte söka vård på grund av rädslan att bli ignorerade och förnedrade har sjukvården misslyckats fundamentalt. Trots de hinder som kan finnas från personalens och vårdorganisationens sida har dessa patienter samma rätt till ett värdigt och respektfullt bemötande där personalen strävar efter lyhördhet gentemot patientens person, integritet och autonomi (ICN, 2014).

Vårdmöten är en del av vardagen för vårdpersonal och kan lätt bli någonting som utförs på rutin och ge en upplevelse av brist på engagemang (Dahlberg & Segesten, 2010). För patienten kan det dock vara första gången som ord sätts på det som lett till den nuvarande situationen. Att blotta sina tankar och känslor kan väcka mycket ångest och gör patienten sårbar. Gällande inställningen till patienterna så behöver sjukvårdspersonal vara medvetna om att vad och hur något sägs spelar stor roll (Lindgren, 2014). Som patient kan minsta antydning om osäkerhet och kunskapsbrist uppfattas som ett hot och skapa oro. Det finns flera faktorer som spelar in för att kunna skapa en förtroendefull relation, och här kan personalen även få hjälp av den medburna tysta kunskapen. Den tysta kunskapen kommer av bland annat erfarenhet, förförståelse och förnuft och ger en uppfattning om situation och tillvägagångs sätt (Berg, 2010). Det krävs även en kunskap om hur ett vårdande möte kan skapas och medvetet arbeta för att bygga ett sådant. Dahlberg och Segesten (2010) ger exempel på hur enkla

handlingar som ett öppet och vänligt ansikte och att ta ögonkontakt kan ge upplevelsen att bli sedd och tagen på allvar. Som vårdpersonal bör man erbjuda ögonkontakt men även vara lyhörd för responsen så att inte det vänds till en obehagskänsla för patienten (ibid). När personer med självskadebeteende upplever att vården inte tar dem på allvar finns det en stor risk att det intensifierar beteendet ännu mer, för att lindra den ångest de upplever över situationen (Weilenman, 2015). Trots att vårdmötet i första hand är vårdarens ansvar och har patienten i fokus så kan patientens svar på den inbjudan som personalen ger till mötet ha en avgörande konsekvens för vårdmötets utfall. Det krävs en ömsesidighet för att skapa ett gott möte, och där har även patienten ett ansvar i att vara aktiv och bidra till kvalitén (Dahlberg & Segesten 2010).

Vårdens tillgänglighet

Bland studierna var det tydligt att unga som mår psykiskt dåligt och skulle behöva hjälp ofta inte vet vart de ska vända sig på ett tidigt stadium. För att en person ska kunna må bättre, påbörja någon form av behandling eller att helt enkelt få någon som står med i deras situation behöver ett första steg som tas vara att berätta om sitt problem för någon. En förutsättning för att kunna göra det är att veta vart det finns möjlighet att vända sig och att kunna göra det på ett sätt som är bekvämt och upplevs tryggt. En sammanställning av kontaktorsaker och kontaktvägar till BRIS (Ingårda, 2007) visar att majoriteten av de som tar kontakt angående psykisk ohälsa, självdestruktivitet och självmordstankar använder sig av mejlkontakt, till skillnad från orsaker som exempelvis mobbing eller misshandel där majoriteten väljer att ta kontakt via telefon. Detta bekräftar flera av ungdomarna i studierna av Idenfors et al. (2015a) och McAndrew och Warne (2014), de beskriver att de önskade att det skulle finnas olika typer av kontaktvägar och särskilt efterfrågat var skriftliga kontaktvägar. Många ungdomar använder sig av chattforum online för social kommunikation och är därför sannorlikt ett sätt som kan kännas bekvämt och familjärt för många. Flera internetbaserade stödforum erbjuder dessa funktioner. För att underlätta för ungdomar i behov av stöd och hjälp att våga ta kontakt genom dessa forum skulle en presentation i exempelvis grund- och gymnasieskoleklasser kunna vara till hjälp.

Att tala om självskadebeteende

Enligt Karman et al. (2015) verkar sjukvårdspersonalens attityd gentemot självmord mer positiv än mot självskadebeteende utan självmordsuppsåt. Att tala om självmord verkar bli mer accepterat och inte tabubelagt på samma sätt som tidigare, däremot finns ingen tydlig ökad acceptans när det gäller att tala om självskadebeteende utan självmordsuppsåt (ibid). Hur information ska lyftas fram när man talar om självskadebeteende är inte helt självklart på grund av att det finns en viss risk för spridningseffekt (IKOS, 2013). Det är tydligt att en romantiserad presentation av självskadandet gör att beteendet ökar i prevalens. Att däremot informera i syfte att lyfta fram hur hjälp kan nås och förmedla vikten av att våga ta kontakt med någon där en hjälp kan förmedlas är något som, till skillnad från om ämnet är tabubelagt, leder till någonting positivt. Det ger också en mer adekvat bild av ämnet än det som kan komma fram via sociala medier och personliga kontakter med ett självskadebeteende. Det som bör undvikas är att beskriva metoder att skada sig på, visa bilder på skador och få det att framstå som positivt eller romantiserat (IKOS, 2013).

Slutsats och tillämpning

Patienter upplever vårdmötet som grundläggande för sitt omhändertagande. Ett gott vårdmöte skapar förtroende, trygghet och självkänsla. När de här faktorerna inte finns kan det leda till

att patienter med självskadebeteende inte söker eller öppnar sig för att ta emot den vård de behöver. Vårdpersonal behöver ha insikt i patientens problem, situation och upplevelse samt att kunna uttrycka den förståelsen och empatin i vårdmötet för att kunna ge en god omvårdnad och skapa en trygg vårdrelation. Ansvar för vårdmötet ligger i första hand på vårdorganisationen och på den vårdpersonal som möter patienten. Den här studien visar på att personcentrerad vård och ett professionellt bemötande är förutsättningar när det gäller patientgruppen med självskadebeteende. Det är viktigt att personalen förstår hur betydelsefullt ett gott vårdmöte är för patienten.

Under författarnas utbildning på sjuksköterskeprogrammet har begrepp som personcentrerad vård och professionellt bemötande gjorts tydligt. Däremot har självskadebeteende endast i ett fåtal fall tagits upp, och hur dessa teoretiska begrepp ska kunna omsättas i praktiken har inte gjorts tydligt. Då sjuksköterskor på många olika instanser kan möta denna patientgrupp bör det på utbildningen erbjudas en inblick i hur personer med självskadebeteende upplever sin situation och det lidandet som medföljer detta beteende. Detta för att öka förståelse för dessa patienter för att främja ett gott vårdmöte. Förslag på hur sjuksköterskeprogrammet skulle kunna förbereda studenterna på ett bättre sätt för att arbeta med denna patientgrupp:

- Litteratur kring självskadebeteende som även ger en inblick i hur personer med ett självskadebeteende upplever sin situation.
- Föreläsningar där personer med egna erfarenheter berättar och ger en inblick i hur det är att leva med beteendet.
- Samla erfarenhet på området genom verksamhetsförlagd utbildning på exempelvis barn- och ungdomspsykiatri.

För att förbättra patienters kontakter med vården föreslås:

- Information i skolor om självskadebeteende och hur hjälp finns att tillgå.
- Kontaktvägar med vården via exempelvis sociala medier.
- Patientambassadörer i vården som arbetar för att förbättra vården.

Något författarna lärt sig är att det fortfarande finns stora kunskapsluckor på området, och därför krävs det ytterligare forskning. Dessutom finns frågetecken om hur den kunskapen som redan finns omsätts i praktiken. Om författarna skulle studera området ytterligare skulle de vilja undersöka hur vården praktiskt kan arbeta för att skapa goda vårdmöten med patienter med självskadebeteende.

Referenslista

1. Axelsson, Å. (2012) Litteraturstudie. Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (Red.), I: *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s.203-215) Lund: Studentlitteratur
2. Baker, A., Wright, K., & Hansen, E. (2013). A qualitative study exploring female patients' experiences of self-harm in a medium secure unit. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 20(9), 821-829 9p.
3. Berg, L., (2010) Sjuksköterskans ansvar för vårdrelationen med patienten. Dahlborg-Lyckhage, E. (Red.) *Att bli sjuksköterska – en introduktion till yrke och ämne*. Lund: Studentlitteratur
4. Bjärehed, J. (2012). *Aktuella teman inom självskadeforskning med relevans för behandlingsarbete: Terminologi och diagnostik, förekomster, allvarlighetsgrad, förståelsemodeller, social smitta, och internet*. Lund: Nationella självskadeprojektet <http://www.nationellasjvalvskadeprojektet.se/download/18.3f4c6c4a13e6133832c1389/1371627604786/5++Bj%C3%A4rehed+Aktuella+teman+inom+sj%C3%A4lvskadeforskning+med+relevans+f%C3%B6r+behandlingsarbete.pdf> Hämtad 2015-11-12
5. Dahlberg, K & Segesten, K. (2010) *Hälsa & vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur
6. Buston, K. (2002). Adolescents with mental health problems: what do they say about health services? *Journal of Adolescence*, 25(2), 231-242
7. Day, C., Carey, M., Surgenor, T. (2006). Children's key concerns: piloting a qualitative approach to understanding their experience of mental health care. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(1), 139-55.
8. Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., ... Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-centered care - Ready or prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 10 (4), 248-251
9. Folkhälsomyndigheten (2014) Årsrapport, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/17825/Folkhalsan-i-Sverige-arsrapport-2014.pdf> Hämtad 2015-11-12
10. Friberg F. (2006). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I: Friberg, F. (red), *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
11. Gedda, K. M., & Snellman, I., (2009) Omvårdnadens värdegrund, <http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/omvardnadens.vardegrund.pdf>. Hämtad 2015-11-13
12. Hadfield, J., Brown, D., Pembroke, L., & Hayward, M. (2009). Analysis of accident and emergency doctors' responses to treating people who self-harm. *Qualitative Health Research*, 19(6), 755-765 11p.
13. Holopainen, G., Kasén, A., & Nyström, L. (2014). The space of togetherness - a caring encounter. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 28(1), 186-192 7p.
14. HSL, 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Socialdepartementet
15. Hunter, C., Chantler, K., Kapur, N. & Cooper, J. (2012). Service user perspectives on psychosocial assessment following self-harm and its impact on further help-seeking: A qualitative study. *Journal of Affective Disorders*, 145(3), 315-323
16. ICN (2014) Svensk sjuksköterskeförening.

http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf
Hämtad 2015-11-06

17. Idenfors, H., Kullgren, G., Salander Renberg, E. (2015a). Professional Care as an Option Prior to Self-Harm. A qualitative study exploring young people's experiences. *Hogrefe publishing*, 36(3), 179-186.
18. Idenfors, H., Kullgren, G., Salander Renberg, E. (2015b). Professional care after deliberate self-harm: a qualitative study of young people's experiences. *Patient Preference and Adherence*, 2015(9) 199-207
19. IKOS - Informationsprojektet Kunskap om Självskadebeteende
http://www.sjalvskadebeteende.se/m_konkretarad.html Hämtad 2015-11-17
20. Ingårda, J. (2007) Vilka ringer och skriver till BRIS? Stain, R., (red.) Självskadebeteende – forskning, behandling och metoder för att förebygga psykisk ohälsa hos unga, (s.117-125) STIFTELSEN Allmänna Barnhuset 2008:1
http://www.allmannabarnhuset.se/wp-content/uploads/2014/05/Sj%C3%A4lvskadebeteende_webb.pdf
Hämtad 2015-11-22
21. Karman, P., Kool, N., Poslawsky, I. E., & Meijel, B. (2015). Nurses' attitudes towards self-harm: a literature review. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 22(1), 65-75 11p.
22. Lindgren, B., Wilstrand, C., Gilje, F., & Olofsson, B. (2004). Struggling for hopefulness: a qualitative study of Swedish women who self-harm. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 11(3), 284-291 8p.
23. Lindgren, B-M. (2014). Självskadebeteende. I: Skärsäter, I. (red.), *Omvårdnad vid Psykisk ohälsa - på grundläggande nivå*. Lund: Studentlitteratur
24. Long, M., & Jenkins, M. (2010). Counsellors' perspectives on self-harm and the role of the therapeutic relationship for working with clients who self-harm. *Counselling & Psychotherapy Research*, 10(3), 192-200 9p.
25. McAndrew, S., & Warne, T. (2005). Cutting across boundaries: a case study using feminist praxis to understand the meanings of self-harm. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 14(3), 172-180 9p.
26. McAndrew, S., & Warne, T. (2014). Hearing the voices of young people who self-harm: Implications for service providers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(6), 570-579.
27. MESH termer. http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh_se.cfm Hämtad: 2015-10-13
28. SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering), Evidensbaserad omvårdnad vid behandling av personer med depressionssjukdomar. (1999).
http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/2/omvardnad_depression_1999/SSF_depres_kap1.pdf Hämtad 2015-11-13
29. SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering), Erfarenheter och upplevelser av bemötande och hjälp bland personer med självskadebeteende. (2015).
http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/3/Bemotande_sjalvskadebeteende/Bemotande_sjalvskadebeteende_201504.pdf Hämtad 2015-11-05
30. Schoppmann, S., Schröck, R., Schnepf, W., & Büscher, A. (2007). 'Then I just showed her my arms...' Bodily sensations in moments of alienation related to self-injurious behaviour. A hermeneutic phenomenological study. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 14(6), 587-597 11p.

31. Snellman, I. (2014). Vårdrelationen - en filosofisk belysning. I Friberg, F. & Öhlén, J., (red.), *Omvårdnadens grunder, Perspektiv och förhållningssätt*. Lund: Studentlitteratur
32. Socialstyrelsen. (2004). Flickor som skadar sig själva- en kartläggning av problemets omfattning och karaktär.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2004/2004-107-1>. Hämtad 2015-11-12
33. Socialstyrelsen (2005) DBT - Dialektisk beteendeterapi.
<https://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialtarbete/dbt>. Hämtad 2015-11-06
34. Svensk sjuksköterskeförening (2014). Värdegrund för omvårdnad.
http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_2014.webb.pdf
Hämtad 2015-11-06
35. Thurén, T. (2010) Förförståelse. I: Thurén, T., *Vetenskapsteori för nybörjare*. Malmö: Liber
36. Thompson, A. R., Powis, J., & Carradice, A. (2008). Community psychiatric nurses' experience of working with people who engage in deliberate self-harm. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(3), 153-161.
37. Weilenman, L. (2015). Självskadebeteende. *Vårdfokus*, 38(10), s.51
38. Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur.
39. Wilstrand, C., Lindgren, B., Gilje, F., & Olofsson, B. (2007). Being burdened and balancing boundaries: a qualitative study of nurses' experiences caring for patients who self-harm. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 14 (1), 72–78 7p.
40. Windfuhr, K., Kapur, N. International Perspectives on the Epidemiology and Aetiology of Suicide and Self-Harm. *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice*. O'Connor, Rory C., Stephen Platt and Jacki Gordon (Ed.). Blackwell Publishing, 2011.

Bilaga 1 - Söktabell

Söktabell över artiklarna som presenteras i resultatet

Datum Databas	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
13/10 PsychINFO	Self harm (Ab) And Nurse* (Ab) And Behaviour (Ab)	Peer reviewed 2005-2015	30	5	3	(29,34, 40)
15/10-15 Scopus	Self harm (Ti) And Qualitative (Ti, Ab, Key) Experience* (Ti, Ab, Key) Care (Ti, Ab, Key)	Year: 2000-2015	21	4	2	(20,21)
19/10-15 Scopus	Self harm (Ti, Ab, key) And Relationship (Ti, Ab, key) And Nurse (Ti, Ab, key)	Years: 2005-2015 Language: english	80	11	5	(14)
22/10 Scopus	Self harm Qualitative Experience* Perspective	Year 2010-	23	3	1	(18)
14/10 Cinahl	Self harm (Ab) Therapeutic (Ab)	Peer reviewed Years: 2005-2015	52	11	9	(27)
14/11 Cinahl	Self harm (Ti) And Qualitative (Ti)	Peer reviewed Years: 2000-2015	13	9	5	(25,44)
Manuell sökning						(6,7)

Bilaga 2 - Artikelpresentation

Titel: Adolescents with mental health problems: What do they say about health services?

Författare: Buston, K.

Tidskrift: Journal of adolescence

Årtal: 2002

Land: Storbritannien

Syfte: Inget tydligt syfte presenteras. För deltagarna i presenterades studien med: "en undersökning av upplevelser bland ungdomar med psykisk ohälsa"

Metod: 32 ungdomar intervjuades, många av dem i sitt eget hem.

Urval: Ungdomar mellan 14 till 20 år som varit diagnostiserade med psykisk ohälsa under minst ett år och var i kontakt med psykologer på olika kliniker i skottland inbjöds av sin psykolog att delta i studien.

Antal referenser: 27

Resultat: I resultatet beskriver patienterna sina upplevelser kring vårdmötet och är indelat i underkategorier. De pratar om vårdrelationen mellan vårdare och patient, om behandlingsmetoden och slutligen om vikten av en god vårdmiljö.

Diskussion: Resultatet diskuteras och rekommendationer för att skapa en förbättring på området byggs upp. Här tas exempelvis vikten av att se patientens perspektiv upp, och vikten av att vårdpersonal för en professionell kommunikation med empati.

Kvalitet: Medel. Bra text men saknar underrubriker vilket gör den rörig att läsa. Väldigt många intervjudeltagare.

I referenslistan nummer: 6

Titel: Children's key concerns: Piloting a qualitative approach to understanding their experience of mental health care

Författare: Day, C., Martin, C., Surgenor, T.

Tidskrift: Clinical child psychology and psychiatry

Årtal: 2006

Land: Storbritannien

Syfte: Systematiskt undersöka tankar kring vården av barn som fått psykiatrisk sjukvård.

Metod: Semi-strukturerade fokusgrupper användes för insamling av kvalitativ data som sedan analyserades med tematisk innehållsanalys. Etiskt godkännande diskuteras inte.

Urval: 54 barn mellan 9-14 valdes slumpmässigt ut för att tillfrågas från ett familjecenter i Southwark. 11 av den valde att delta i studien.

Antal referenser: 35

Resultat: Studien presenteras i fyra underkategorier. 1: Grundläggande kring mötet. Barnen önskade att bli förberedda på mötet tidigt, och inte bli avbrutna under mötets gång. 2: Terapiprocessen. Här önskade barnen att få lära känna sin terapeut för att våga kommunicera öppet och känna sig förstådda. 3: Innehållet i mötet. Barnen beskrev här att de kände sig obekväma av många personliga frågor från terapeuten och var positiva till att prata om personliga saker under tiden man fick syssla med någon aktivitet. 4: Resultat av mötet. Generellt tyckte barnen att möten med terapeuten hade varit till hjälp.

Diskussion: Styrkor och svagheter i studien diskuteras och man presenterar även ändringar i terapimöten som gjordes efter studiens visade resultat, genom att utöka aktivitetsdelen.

Kvalitet: Hög

I referenslistan nummer: 7

Titel: Analysis of accident and emergency doctors' responses to treating people who self-harm.

Författare: Hadfield, J., Brown, D., Pembroke, L., Hayward, M.

Tidskrift: Qualitative health research

Årtal: 2009

Land: Storbritannien

Syfte: Utforska hur doktorer på akutmottagningar ser på att arbeta med patienter med självskadebeteende och hur behandlingen påverkas av deras synsätt.

Metod: Fem akutmottagningsdoktorer intervjuas och resultatet analyseras med en tolkande fenomenologisk analys.

Urval: Doktorer på två akutmottagningar med mycket erfarenhet i arbetet kring självskadande patienter tillfrågades om att delta.

Antal referenser: 55

Resultat: Tre huvudsakliga teman kom fram i studien; Att behandla kroppen, där känslor och upplevelser i samband med det arbetet tas upp. Vidare: Tysta ned sig själv, där man tar upp hur egna känslor kan påverka i mötet med patienter och till sist Att spegla sociala och kulturella skillnader där kulturer som kan påverka sättet att se på självskadebeteende tas upp.

Diskussion: Mer kunskap krävs bland doktorer i att kunna hantera sina egna känslor och upplevelser i patientmötet för att kunna behandla patienter på ett bra och professionellt sätt. Det såg en vilja i att möta patienterna med goda reaktioner, men kände att det hindrades till detta på grund av de olika kategorier som framkom i studien.

Kvalitet: Hög

I referenslistan nummer: 14

Titel: Service user perspectives on psychosocial assessment following self-harm and its impact on further help-seeking: A qualitative study

Författare: Hunter, C. Chantler, K. Cooper, J

Tidskrift: Journal of Affective Disorders

Årtal: 2012

Land: Storbritannien

Syfte: Att utforska upplevelser av en psykologisk bedömningsmodell hos patienter

Metod: 13 djupintervjuer med patienter (7 män och 6 kvinnor) som tidigare sökt akutmottagning. Intervjuerna bedömdes enligt en fenomenologisk modell

Urval: Patienter inkluderades som var över 18 år hade besökt akutmottagningen för avsiktlig självskada oavsett motivation. Patienter exkluderades där man inte funnit en psykologisk bedömning före utskrivning, patienter som inte kunde ge samtycke samt patienter som inte kunde nås med inbjudningsbrev. Tolk erbjöds där det behövdes.

Antal referenser: 48

Resultat: En psykologisk utvärdering skapade hopp i de fall där acceptans upplevdes. Där uppföljning inte blev av resulterade det i hopplöshet och avståndstagande från sjukvård.

Diskussion: Patienter struntade i vården när de kände sig dömda för sina handlingar, ignorerade av personalen eller upplevde hopplöshet kring en möjlig förbättring.

Kvalitet: Hög

I referenslistan nummer: 18

Titel: Professional Care as an Option Prior to Self-Harm, A qualitative Study Exploring Young People's Experiences.

Författare: Idenfors, H., Kullgren, G. och Salander Renberg, E.

Tidskrift: Crisis: The Journal of Crisis Intervention & Suicide Prevention

Årtal: 2015

Land: Sverige

Syfte: Undersöka unga individers erfarenhet, åsikter och medvetenhet av professionell hjälp, före deras första vårdkontakt på grund av DSH (Deliberate Self-harm).

Metod: Intervjuer utfördes med 10 yngre personer mellan 17-24 år strax efter att de skadat sig själva medvetet. Kvalitativ innehållsanalys användes.

Urval: Deltagarna hittades på akuten, psykakuten, BUP och på en psykiatrisk avdelning, det var personer mellan 16-27 år och all form av självskadebeteende inkluderades. Avsiktligt självmord exkluderades från studien.

Antal referenser: 40

Resultat: Deltagarna beskrev vikten av att kunskap om vart de skall vända sig, att ha olika valmöjligheter i hur man söker hjälp och att man får omedelbar hjälp. Vänner och familj är viktigt för stöd och viljan att söka vård. Det fanns flera anledningar till att inte berätta om sin ångest. Två teman framkom - "behovet av en flexibel, tillgänglig och varierande vård" och "kampen mellan självständighet och behovet av pålitligt stöd"

Diskussion: Studien påvisade att enkel och direkt tillgång till professionell hjälp är avgörande när unga individer upplever psykologiska problem. Vården måste utveckla nya sätt att få ut information kring mental ohälsa och hur man söker hjälp.

Kvalitet: Hög

I referenslistan nummer: 20

Titel: Professional care after deliberate self-harm: a qualitative study of young people's experiences.

Författare: Idenfors, H., Kullgren, G. och Salander Renberg, E.

Tidskrift: Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention

Årtal: 2015

Land: Sverige

Syfte: Att utforska yngres uppfattning om vård och stöd under en 6 månaders period efter deras första vårdkontakt för självskadebeteende.

Metod: En kvalitativ innehållsanalys har använts, semi-strukturerade intervjuer med personer mellan 16-24 år 6 månader efter första vårdkontakten.

Urval: Vårdpersonal rekryterade 10 personer på avdelningarna, efter de 6 månaderna deltog 9 (4 män och 5 kvinnor) av dem i intervjuerna.

Antal referenser: 49

Resultat: Av intervjuerna framkom tre huvudkategorier, "Är jag i goda händer?" beskriver upplevelser av bemötande och vårdens kompetens. "Hjälp borde matcha livsomständigheter" beskriver omständigheter i livet utanför vården och "Ta hand om dig själv" beskriver deltagarna eget ansvar i vården.

Diskussion: Studiedeltagarna kände att vårdpersonalens kompetens berodde på olika faktorer, som deras kunskap om handikapp, hantera besvärliga situationer, läsa journal anteckningar och skriva ut korrekt medicinering. De uttryckte även negativa vårdupplevelser kring bytet från ungdomsvården till vuxenpsykiatri och en önskan om mer flexibilitet kring tekniska lösningar kring personkontakten med unga patienter. Studien visade också att unga fick kämpa för självständighet, att de fick sträva för att klara sig utan hjälp och en önskan för autonomi.

Kvalitet: Hög

I referenslistan nummer: 21

Titel: Struggling for hopefulness: a qualitative study of Swedish women who self-harm.

Författare: Lindgren, B., Wilstrand, C., Gilje, F. och Olofsson, B.

Tidskrift: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing

Årtal: 2004

Land: Sverige

Syfte: Syftet var att beskriva hur personer med självskadebeteende upplever vården de får och vad för typ av vård de vill ha.

Metod: Intervjuer genomfördes i avskildhet, bandades och transkriberades av sekreterare. En kvalitativ innehållsanalys genomfördes för att identifiera karaktäristiska teman.

Urval: 9 kvinnor mellan 19-35 år deltog. Kriterierna var: myndiga personer med en historia av självskadebeteende, flytande i svenska och frivilligt deltagande. Vårdpersonal och socialtjänsten rekryterade deltagarna.

Antal referenser: 32

Resultat: Analysen gav två huvudteman: "Förväntan på att bli bekräftad leder till hoppfullhet" och "Förväntan på att bli bekräftad men när det inte händer ger det förminskar hoppfullheten", dessa delades in i 5 underkategorier vardera.

Diskussion: Studien visar att förväntningarna på vårdpersonalen var låg och när de inte visar respekt för en individ minskar möjligheten till god vård. Att se och värdera en person med självskadebeteende som en människa är viktigt i personcentrerad vård.

Kvalitet: Hög

I referenslistan nummer: 25

Titel: Counsellors' perspective on self-harm and the role of the therapeutic relationship for working with clients who self harm

Författare: Long, M. Jenkins, M.

Tidskrift: Counselling and Psychotherapy Research

Årtal: 2010

Land: Storbritannien

Syfte: Ta del av upplevelser hos professionella rådgivare som arbetar med patienter som självskadar, samt undersöka relationers betydelse i vårdmötet

Metod: Semistrukturerade intervjuer med 8 terapeuter som arbetade med personer som självskadar. Intervjuerna bedömdes efter grundad teori av Strauss och Corbin (1998). Intervjuerna transkriberas av huvudforskaren vilket gav en fördjupad insikt i datan.

Urval: Kontakt med studiedeltagare togs genom en lokal frivilligorganisation för terapeuter, samt med dessas bekanta. Formella inklusions och exklusionskriterier presenteras inte.

Antal referenser: 24

Resultat: Huvudkategorier: aktiviteten självskadebeteende och det terapeutiska relationen och självskadebeteendet. Terapeuternas varierande erfarenheter gav en insikt i självskadebeteendet och gav en förståelse inom det egna ramverket. Metoden av självskadandet skilde sig mellan män och kvinnor, och det finns många olika metoder som kan tolkas som självskadebeteende.

Diskussion: Beteendet kan påverka personer i alla sammanhang, inte bara en viss kategori individer. Självskadebeteendet påverkas av anledningen till beteendet. Anledningar kan vara känslan av lättnad, frigörelse, flykt, utrensning, kontroll eller identitet.

Kvalitet: Medel, inklusions- och exklusionskriterier är otydliga

I referenslistan nummer: 27

Titel: Hearing the voices of young people who self-harm: Implications for service providers.

Författare: McAndrew, Sue och Warne, Tony

Tidskrift: International Journal of Mental Health Nursing.

Årtal: 2014

Land: Storbritannien

Syfte: Syftet var höra berättelser från unga personer med självskadebeteende och självmords benägenhet, för att identifiera vad som var till hjälp och vad som inte var det, och deras framtida behov av vad den lagstadgade och icke lagstadgade hjälpen skulle kunna vara.

Metod: En kvalitativ tolkande fenomenologisk metod har använts.

Urval: Studien involverade 7 kvinnor (13-17år) med självskadebeteende, de intervjuades och sedan analyserades datan i två steg - individuellt och i teman. Tillvägagångssätt i urvalet inte beskrivet.

Antal referenser: 55

Resultat: Tre huvudsakliga teman framkom; skära bort stressen; att ta steget till att söka hjälp; och att prioritera självskadebeteende i den allmänna samhällshälsan. Fynd som ökar risken för, utlöser och bibehåller ett självskadebeteende identifierades, även vänners påverkan till att använda självskadebeteende som en copingstrategi.

Diskussion: Oavsett om det finns positiva effekter av ett självskadebeteende så kommer skam att förknippas med beteendet. Stigmat kring självskadebeteendet gör det svårt för unga att prata om deras problem, det framkom att de inte heller vet vart man skall vända sig eller vem de kan lita på att behålla sekretessen kring ämnet. När de hittat någon de litade på vågade de berätta om situationen.

Kvalitet: Medel, urvalsbeskrivning saknas

I referenslistan nummer: 29

Titel: 'Then I just showed her my arms...' Bodily sensations in moments of alienation related to self-injurious behaviour.* A hermeneutic phenomenological study.

Författare: Schoppmann, S., Schröck, R., Schnepf, W. och Bücher A.

Tidskrift: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing

Årtal: 2007

Land: Tyskland

Syfte: Att få insikt i erfarenheterna hos personer med självskadebeteende för att bidra med förståelse för den gruppen som helhet.

Metod: Fyra av patienterna och en sjuksköterska på psykiatriska avdelningar djupintervjuades om deras erfarenheter, och ytterligare berättelser inhämtades via e-mail. Berättelserna tolkades utifrån ett ramverk av hermeneutisk fenomenologi.

Urval: 10 berättelser via e-mail, 5 kvalitativa intervjuer, journalanteckningar och ytterligare anteckningar. Bara kvinnliga deltagare mellan 18-35 år, 4 patienter, 1 sjuksköterska.

Antal referenser: 48

Resultat: Det presenterades flera gemensamma teman som patienter med självskadebeteende upplever. Många hade erfarenheter av mentala och sexuella övergrepp, även en gradvis ökande upplevelse av utanförskap.

Diskussion: Ett utanförskap har två sidor - det är ett sätt att skydda sig själv vid traumatiska upplevelser och är en plågsam upplevelse i sig. Att vara ensam, bli överväldigad av skrämmande minnen och att ha en hatfull inställning till sig själv är situationer som blev identifierade som själslig samt yttre påverkan som ledde till ett utanförskap.

Kvalitet: Medel, lite rörig i metoden, oklart kring urval av studiedeltagare.

I referenslistan nummer: 34

Titel: Community psychiatric nurses' experience of working with people who engage in deliberate self-harm.

Författare: Thompson, A. R., Powis, J. och Carradice, A.

Tidskrift: International Journal of Mental Health Nursing

Årtal: 2008

Land: Storbritannien

Syfte: Undersöka erfarenheten hos psykiatri sjuksköterskor i öppenvården som arbetar med personer som har ett självskadebeteende.

Metod: En tolkande fenomenologisk metod har använts.

Urval: 4 manliga och 4 kvinnliga sjuksköterskor med en genomsnittlig ålder på 40 år och en median på 18 års erfarenhet. De intervjuades enligt en semi-strukturerad intervju designad enligt riktlinjer för kvalitativa forskningsintervjuer.

Antal referenser: 55

Resultat: Sjuksköterskor påverkas av att arbeta med patienter med självskadebeteende. De beskriver vikten av stöd från kollegor men att på grund av tidsbrist är det svårt att få tillfälle.

Diskussion: Trots att personalen arbetade extremt hårt för att hjälpa patienterna upplevde de att bristen på utbildning och övning i att behandla och förstå självskadebeteende ledde till ångest och känslan av hopplöshet.

Kvalitet: Hög

I referenslistan nummer: 40

Titel: Being burdened and balancing boundaries: a qualitative study of nurses' experiences caring for patients who self-harm.

Författare: Wilstrand, C., Lindgren, B.-M., Gilje, F., och Olofsson, B.

Tidskrift: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing

Årtal: 2007

Land: Sverige

Syfte: Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter kring att vårda psykiatriska patienter med självskadebeteende.

Metod: Skriftlig och verbal information utdelades på fyra olika psykiatriska avdelningar av huvudforskaren. Intervjuerna spelades in och transkripterades av sekreterare.

Urval: Inklusionskriterier: anställd och registrerad sjuksköterska, erfarenheter av att vårda patienter med självskadebeteende och viljan att berätta i en intervju. Exklusionskriterier: utbildad för att vårda patienter med självskadebeteende. Sex personer deltog (3 män och 3 kvinnor) mellan 27-53 år med en arbetserfarenhet på 1-18 år.

Antal referenser: 35

Resultat: Två teman framkom: "Belastas med känslor" och "balansera professionella gränser", med flertalet underkategorier. En brist på förståelse för patientens problem och brist på kunskap om hur en god vård skall uppstå. Frustration framkallade ilska gentemot patienten som inte fick påverka vården negativt. Vikten av stöd från kollegor och ledning framkom.

Diskussion: Personer med självskadebeteende framkallade mycket känslor hos sjuksköterskorna, känslor som kan tynga ner dem. De var känslomässigt påverkade medan de försökte arbeta professionellt. När känslor som rädsla, frustration och övergivenhet inte hanteras på ett bra sätt kommer patientvården påverkas till det negativa.

Kvalitet: Hög

I referenslistan nummer: 44
